



**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM CUIDADOS
PALIATIVOS:
PROCESSO DE CRIAÇÃO DE UMA ICF CHECKLIST PARA A
PRÁTICA CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA”**

Mestranda: Tânia Santos Sousa¹

Orientador: José Luis Martins Alves Sousa

Trabalho de projeto elaborado na forma de um artigo científico, de carácter quase experimental transversal

¹Contexto dos cuidados paliativos a nível nacional

**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM CUIDADOS
PALIATIVOS:
PROCESSO DE CRIAÇÃO DE UMA ICF CHECKLIST PARA A
PRÁTICA CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA”**

**THE FUNCTIONALITY EVALUATION IN PALIATIVE CARES:
CREATION PROCCES OF A ICF CHECKLIST FOR THE
PHYSICAL THERAPIST CLINICAL INTERVATION**

Nome Clínico: Tânia Sousa²

Licenciada em Fisioterapia

***Elaborado A Nível Nacional Junto De Fisioterapeutas Que Trabalham Nos
Cuidados Paliativos***

Morada: Rua Padre José Inácio, 98, 4505-686 Caldas de São Jorge

²Aluna do mestrado em cuidados paliativos da Faculdade de Medicina do Porto.

AGRADECIMENTOS

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho a todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar agradeço ao Mestre e Prof. José Luís Martins Alves de Sousa a forma como orientou o meu trabalho. As notas dominantes da sua orientação foram a utilidade das suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu. Estou grato por ambas e também pela liberdade de acção que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuisse para o meu desenvolvimento pessoal.

Em segundo lugar, agradeço ao meu namorado Jhonny pelo incentivo e por me ter disponibilizado paciência, confiança e sobretudo pelo inestimável companheirismo e incentivo, sempre presentes na realização deste trabalho, como também no estímulo para sua concretização.

E muito Obrigado à minha família, em especial aos meus Pais Júlio Sousa, Laura Sousa por proporcionarem oportunidade deste Mestrado, e à minha Irma Sara Sousa por acreditar e respeitar os meus ideais.

E não menos importante aos meus amigos, Mauro Monteiro, Tiago Carneiro, Ana Rita, Cristhian Caldeira que estiveram nas horas chamadas “críticas”, e que o apoio foi crucial para todo o processo.

Por último, à minha Prima Raquel Santos, que suportou todo o espírito e caminhada desta incrível experiência tão enriquecedora.

ÍNDICE

Resumo

Abstract

1.Introdução	12
2. Estado de Arte	16
2.1. caracter biopsicossocial da CIF	20
3. Material e Métodos	23
4. Resultados	26
4.1 Caraterização da Amostra	33
4.2 Análise dos Resultados	33
5.Discussão	39
6. Considerações finais	42
7. Bibliografia	43
8. Anexos	46
8.1. Anexo 5 Lista- “Avaliação da Funcionalidade em Cuidados Paliativos: Processo Criação de uma <i>ICF Checklist</i> para a Prática Clínica do Fisioterapeuta”	
8.2. Anexo 6 “Avaliação da Funcionalidade em Cuidados Paliativos: Processo Criação de uma <i>ICF Checklist</i> para a Prática Clínica do Fisioterapeuta”	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. - Abreviaturas _____	9
Tabela 2. - Componentes e domínios CIF _____	18
Tabela 3. - Conversão dos Parâmetros das escalas para Códigos e Categorias CIF - Escala de Barthel _____	26
Tabela 4. - Conversão dos Parâmetros das escalas para Códigos e Categorias CIF - Índice de Katz _____	27
Tabela 5. - Conversão dos Parâmetros das escalas para Códigos e Categorias CIF - Escala de Medida independência Funcional _____	28
Tabela 6. - Conversão dos Parâmetros das escalas para Códigos e Categorias CIF - Escala das atividades instrumentais da vida Diária de <i>Lawton e Brody</i> _____	30
Tabela 7. - Frequência dos códigos em relação aos domínios importantes _____	31
Tabela 8. - Caraterização da amostra de acordo com o sexo _____	33
Tabela 9. - Percentagem da Amostra considerada válida _____	35
Tabela 10. Percentagem da Amostra considerada Válida _____	35
Tabela 11. Proposta de uma ICF <i>Checklist</i> para a Prática Clínica do Fisioterapeuta em Cuidados Paliativos _____	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. - Percentagem de respostas atribuídas a cada código	33
Gráfico 2. -Percentagem hipóteses de resposta	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Interações entre os Componentes CIF _____	14
Figura 2 - Universo do Bem estar CIF _____	20

ABREVIATURAS

Tabela 1 - Tabela De Abreviaturas.

OMS	Organização Mundial de Saúde
ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
CIF/ICF	Classificação Internacional de Funcionalidade
MIF	Medida de Independência Funcional e Saúde
LIADL	Atividades Instrumentais da vida de <i>Lawton e Brody</i>
(AVDs)	Atividades da Vida Diária
CP	Cuidados Paliativos
CID-10	Classificação internacional de doenças 10º revisão
ANCP	Associação Nacional Cuidados Paliativos
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências Incapacidade e Desvantagens
p.p.	Pontos Percentuais

RESUMO

A proposta deste estudo deve-se ao fato da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde representar a mudança de paradigma no que diz respeito a classificação da funcionalidade, consistindo num instrumento importante para a classificação do bem estar e inclusão social. Esta classificação vem sendo incorporada e utilizada em diversos setores da saúde e equipas multidisciplinares. No entanto, na prática clínica torna-se impossível ao profissional de saúde aplicar todos os itens de classificação da CIF, pelo que se propôs realizar esta *checklist*, como aspecto mais importante para descrever a funcionalidade de um indivíduo com determinada condição funcional nomeadamente nos cuidados paliativos.

O objectivo do presente estudo consiste no pré teste para um futuro processo de criação de uma *ICF Checklist* para a prática clínica do fisioterapeuta nos cuidados paliativos, segundo o *Delph exercise*. Para isso foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de perceber quais os instrumentos mais utilizados em cuidados paliativos para a avaliação da funcionalidade, de onde foram seleccionadas as escalas: *Escala de Barthel*; *Índice de Katz*; *escala de medida de independência funcional (MIF)* e *escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton & Brody*. Posteriormente investigador realizou a conversão dos parâmetros destes instrumentos para domínios e categorias CIF partindo dos seus conhecimentos, originando uma listagem de categorias CIF, que distribuiu a fisioterapeutas que exercem em cuidados paliativos de forma a requerer a sua avaliação sobre a funcionalidade.

Com os resultados obtidos verificamos que 82% da listagem foi considerada como relevante (44%) ou muito relevante (38%), perfazendo um total de 28 códigos que fazem parte da *checklist* final, No entanto outros componentes e domínios CIF necessitam ser incluídos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Funcionalidade; Incapacidade Classificação internacional de Funcionalidade; *ICF checklist*.

ABSTRACT

Changing the paradigm of functioning classification, a prime instrument for classifying the wellbeing and social inclusion, by the International Classification of Functioning and Health (ICF) is the object of this study. This classification is constantly being applied to diverse health sectors and multidisciplinary teams. Among clinical practice, however, it is not possible for the health professionals to properly apply all the IFC classification items, which motivated the creation of this checklist - an important feature to report on a patient's functioning, with a specific functioning condition, particularly on palliative care.

The main objective of this study lies on pre-testing, in order to create an ICF checklist for the physiotherapist professional on palliative care, according to the Delph exercise. A systematic revision of the literature was performed for this purpose, aiming to better understand which instruments for functioning assessment are more used on palliative care. On this matter, the following scales and indexes were selected: Barthel Scale, Katz Index, Funcional Independence Measure (FIM) scale, Lawton And Brody Instrumental Activities of Daily Living Living (IADL). The following step was to proceed with the results from these tools into ICF domains and categories, which in turn were given to physiotherapists working on palliative care, in order to obtain their assessment on functioning.

The results show that 82% of the listing was considered relevant – 44 % relevant, 38 % highly relevant – on a 28 codes checklist. Other ICF components and domains, however, need to be included on the checklist.

Keywords: palliative care, functioning, disability, International Classification of Functioning and Health, ICF checklist.

1 - INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas assistimos ao envelhecimento progressivo da população, assim como a um aumento da prevalência das doenças crónicas, (MONTEIRO, M. G. F., 2008). Em contra partida o avanço tecnológico alcançado, associado ao desenvolvimento terapêutico, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em crónicas, levando a longevidade dos seus portadores. O que, por sua vez, levou a necessidade da criação dos cuidados paliativos. Atualmente, os cuidados paliativos vêm obtendo um crescente olhar por parte dos profissionais de saúde, gestores, administradores de instituições hospitalares, universidades, governo, mas principalmente da sociedade em geral. As estatísticas demonstram o crescente número de pessoas acometidas pelas diversas doenças crónicas co-evolutivas, em especial, o cancro. Esse cenário tem-se manifestando de tal maneira que os cuidados paliativos passaram a ter que ser compreendidos e incorporados definitivamente nos tratamentos dos pacientes e nas unidades hospitalares. (BRUERA, E.; PORTENOY, R., 2000)

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento *hospice*, originado por *Cecily Saunders* e colaboradores, disseminando pelo mundo uma nova filosofia sobre cuidar, contendo dois elementos fundamentais que pregavam: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e o cuidado abrangendo as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. A Organização Mundial de Saúde, (OMS) publicou a sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990, como “cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controlo da dor, de outros sintomas tais como: a ansiedade, dispneia, náuseas e vômitos e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objectivo do cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida e bem estar possível para pacientes e familiares” Esta definição foi revista em 2002, ano em que a OMS definiu os cuidados paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida e o bem estar dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e / ou doença grave (que ameaça a vida), e os seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. (ANCP - Organizações de serviços em cuidados paliativos, 2006).

A questão crucial em cuidados paliativos é a qualidade da vida em questão, e não apenas o tempo atribuído a ela. Com o foco no controle de dor e alívio de sintomas, os cuidados paliativos são os cuidados integrais e contínuos oferecidos aos pacientes e familiares, para que depois do diagnóstico de uma doença crônica que poderá evoluir ele possa viver aliviado de seu sofrimento; seja ele físico, psicológico e/ou espiritual e o de sua família, parte integrante do cuidado. (DOYLE, D.; HANKS, G.; DONALD, N., 1997)

Introduzir o conceito de cuidados paliativos é remeter à essência da medicina, propiciar o controle da dor, alívio de sintomas e qualidade de vida aos pacientes que padecem de doenças, principalmente em fase avançada, é direito de todos os pacientes e dever de cada profissional de saúde e de toda a comunidade. Estudos realizados por (SPIEGEL. 1999) demonstraram que, pela perspectiva dos pacientes, qualidade de vida é receber um controle adequado da dor e manejo de sintomas, evitar prolongamento inapropriados do morrer, alcançar um senso de controle, evitar ou aliviar o sofrimento e fortalecer relacionamentos com seus entes queridos, desta forma os cuidados continuados devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade. Estes Cuidados requerem especificidade e rigor técnico, e devem estar acessíveis a todos os que deles carecem, estando inseridos no sistema de saúde. Neste contexto a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propõe a estratificação dos tipos de cuidados em quatro níveis que se distinguem entre si pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas e pela especialização e formação dos profissionais, no entanto é também necessário considerar novas tipologias de internamento, para doentes com situações estabilizadas e de menor complexidade, que podem ser tratados com recursos paliativos de níveis inferiores, muitas vezes internados por critérios de dependência física ou social. Recorrendo, para isso, a um vasto conjunto de técnicas e ferramentas de classificação e avaliação da capacidade funcional, mobilidade ou funcionalidade que permitem interpretar necessidades e implementar intervenções (STUCKI G., 2002)

A Funcionalidade é atualmente definida como um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de actividades ou restrição na participação. O termo incapacidade, em contrapartida, abrange deficiências, limitação de actividades ou restrição na participação do convívio social. Esses

termos determinam o estado de saúde de um indivíduo, deslocando-se a percepção negativa dos agravamento da saúde para a visão pautada na preservação da autonomia e independência. Estes são os conceitos utilizados atualmente após a criação, pela OMS, da CIF. (FARIAS N. 2005; BUCHALLA MC, 2003).

O diagrama apresentado abaixo pode ser útil para visualizar a compreensão actual desta interação dos vários componentes CIF:

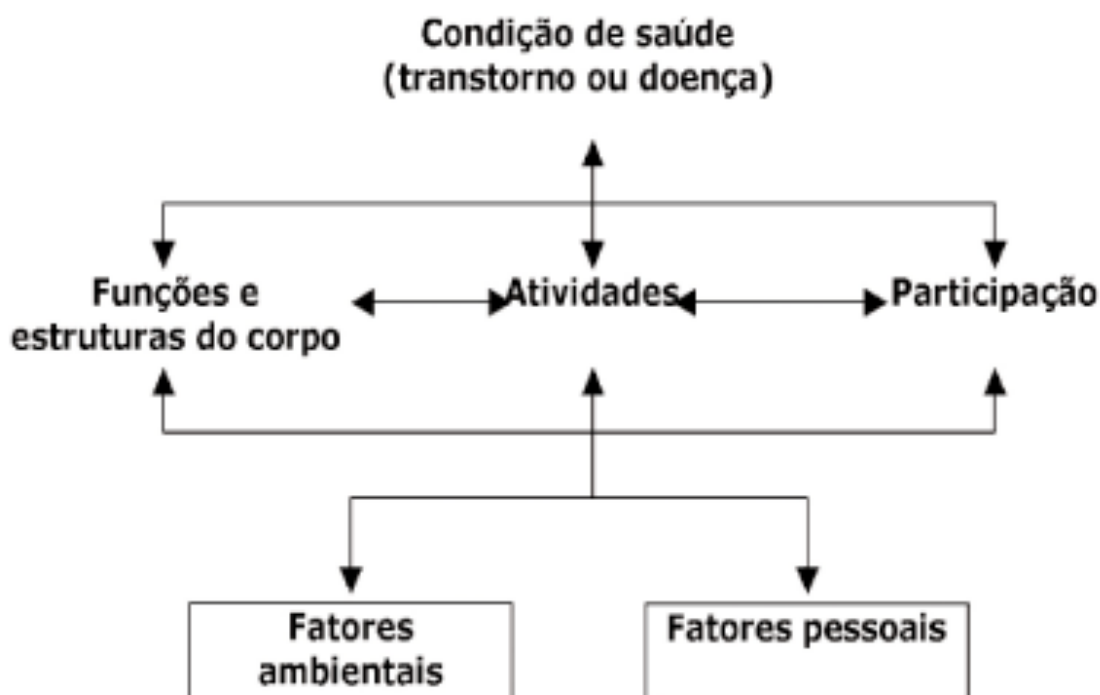


Gráfico 1 - Interações entre os componentes da CIF.

Fonte: CIF OMS, 2004

Neste diagrama, a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os factores contextuais. Há uma interação dinâmica entre estas entidades, uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Esta interação funciona em dois sentidos, a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde.

Com a CIF não temos so uma classificação etiológicamente neutra, mas também um entendimento linguístico e classificativo para descrever a funcionalidade. Todos os estados membros da Organização Mundial de Saúde estão a ser convidados para implementarem a CIF em diversos factores para além da saúde incluindo a educação, seguradoras, trabalho, políticas de saúde e bem estar, estatística, etc. A CIF necessita ser adaptada para satisfazer essas aplicações específicas (STUCKI G., 2002)

No contexto clínico, o principal desafio é a diminuição da classificação com mais de 1400 categorias. desta forma, principalmente para direccionar a fiabilidade tendo em consideração a número de categorias e a perspectiva do utilizador em medicina, foram desenvolvidos *core sets* para muitas das mais onerosas doenças crónicas de carácter paliativo.

Os core sets da CIF representam uma seleção de domínios e categorias CIF, de toda a classificação que pode servir de padrões mínimos para a comunicação da funcionalidade e saúde em estudos clínicos, ou como padrões para uma avaliação multiprofissional. Os core sets são atualmente submetidos a extensos testes e validações nas regiões da OMS (CIEZA A., 2004)

Desta forma o objetivo deste trabalho consiste na aplicação de um pré teste para criação de uma ICF checklist para prática clínica do fisioterapeuta nos cuidados paliativos, o que de acordo com a bibliografia se demonstra bastante original no que toca à criação de um *core set* ICF para aplicação em cuidados paliativos.

Para a realização deste trabalho foram consideradas as escalas de *Barthel*, Índice de *Katz*, escala da medida de independência funcional (MIF) e a escala de atividades da vida diária de *Lawton & Brody*. (LIADL)., escalas estas validadas permitindo desta forma avaliar a capacidade funcional, qualidade de vida e bem estar.

2 - ESTADO DE ARTE

Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde, publicada para uso internacional em Maio de 2001, foi desenvolvida devido a necessidade de cobrir as questões relacionadas com as consequências das doenças, ou seja, o que acontece com o doente após o diagnóstico. Esta classificação foi desenvolvida a partir da “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidade e Desvantagens (CIDID) publicada em 1980 em carácter experimental. (Casado D., 2001) (OMS, CIF 1989).

A CIF é uma classificação que se propõem a retratar os aspectos da funcionalidade, incapacidade e saúde, adquire assim um carácter multidisciplinar com a possibilidade de aplicação em todas as culturas e traz pela primeira vez a incorporação dos aspetos de contexto, ou seja, os fatores pessoais e ambientais, classificando-os como barreiras ou facilitadores. E consiste numa classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a várias disciplinas e setores diferentes. Os seus objectivos específicos podem ser resumidos da seguinte maneira:

- proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde;
- estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidade;
- permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

Estes objetivos estão inter-relacionados dado que a necessidade de aplicar a CIF e a sua utilização requerem a construção de um sistema prático e útil que possa ser aplicado por vários utilizadores na política de saúde, na garantia da qualidade e na avaliação de resultados em diferentes culturas.

Desde a sua publicação como versão experimental, em 1980, a CIDID tem sido utilizada para vários fins, por exemplo:

- como uma ferramenta estatística – na colheita e registo de dados (por exemplo em estudos e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão);
- como uma ferramenta na investigação – para medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais;
- como uma ferramenta clínica – avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados;
- como uma ferramenta de política social – no planeamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas;
- como uma ferramenta pedagógica – na elaboração de programas educacionais, para aumentar a consciencialização e realizar ações sociais.

A CIF é uma classificação de saúde e de domínios relacionados com a saúde e estes são agrupados de acordo com as suas características comuns e ordenados de um modo significativo. (*USTUN T. B.*, 2002). Desta forma A CIF está organizada segundo um esquema hierárquico, tendo em conta os seguintes princípios taxonómicos padronizados:

- Os componentes das Funções e Estruturas do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais são classificados de maneira independente. Assim, um termo incluído num componente não é repetido noutro.
- Dentro de cada componente, as categorias estão organizadas seguindo um esquema de ramificações (tronco - ramo - folha) de modo que uma categoria de menor nível partilha os atributos das categorias de maior nível das quais ela é um membro.
- As categorias são mutuamente exclusivas, i.e., duas categorias de um mesmo nível não partilham exactamente os mesmos atributos. No entanto, isto não quer dizer que não se possa utilizar mais de uma categoria para classificar a funcionalidade de uma pessoa. Esta prática é permitida, na verdade estimulada, quando necessário.

Para uma melhor compreensão da constituição da CIF no que diz respeito aos componentes e respectivos domínios, foi realizada a tabela em baixo apresentada

Tabela 2 - Componentes E Domínios CIF

<i>Funções do Corpo</i>
Funções mentais
Funções sensoriais e dor
Funções da Voz e da Fala
Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório
Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino
Funções geniturinárias e reprodutivas
Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento
Funções da pele e estruturas relacionadas
<i>Estruturas do Corpo</i>
Estruturas do sistema nervoso
Olho, ouvido e estruturas relacionadas
Estruturas relacionadas com a voz e a fala
Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório
Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com sistemas metabólico e endócrino
Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo
Estruturas relacionadas com o movimento
Pele e estruturas relacionadas
<i>Atividades e Participação</i>
Aprendizagem e aplicação do conhecimento
Tarefas e exigências gerais
Comunicação
Mobilidade
Auto Cuidados
Vida Doméstica
Interações e relacionamentos interpessoais

Áreas principais da vida
Vida comunitária, social e cívica
<i>Fatores Ambientais</i>
Produtos e tecnologia
Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem
Apoio e relacionamentos
Atitudes
Serviços, sistemas e políticas

Através da tabela fornecida, verificamos que a CIF agrupa, de maneira sistemática, os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde. Dentro de cada componente, (Funções corporais; Estruturas do corpo; Actividades e Participação; Factores ambientais) os domínios são agrupados de acordo com as suas características comuns (tais como, origem, tipo ou semelhança) e ordenados segundo essas características. A classificação está organizada de acordo com um conjunto de princípios, no entanto, algumas categorias na CIF estão organizadas de maneira não hierárquica, sem nenhuma ordem.

2.1 Caráter Biopsicossocial

A CIF engloba todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem estar e descreve-os em termos de domínios de saúde (ver, ouvir, andar, aprender, recordar) e domínios relacionados com a saúde (transporte, educação e interação social).

A classificação é circunscrita ao amplo contexto da saúde e não cobre circunstâncias que não estão relacionadas com a saúde, tais como, as que resultam de fatores socioeconómicos.

Para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade foram propostos vários modelos conceptuais. Esses modelos podem ser expressos numa dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social”. O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. O modelo social de incapacidade, por sua vez, considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidade em todas as áreas da vida social. (CIF - Lisboa, 2004)

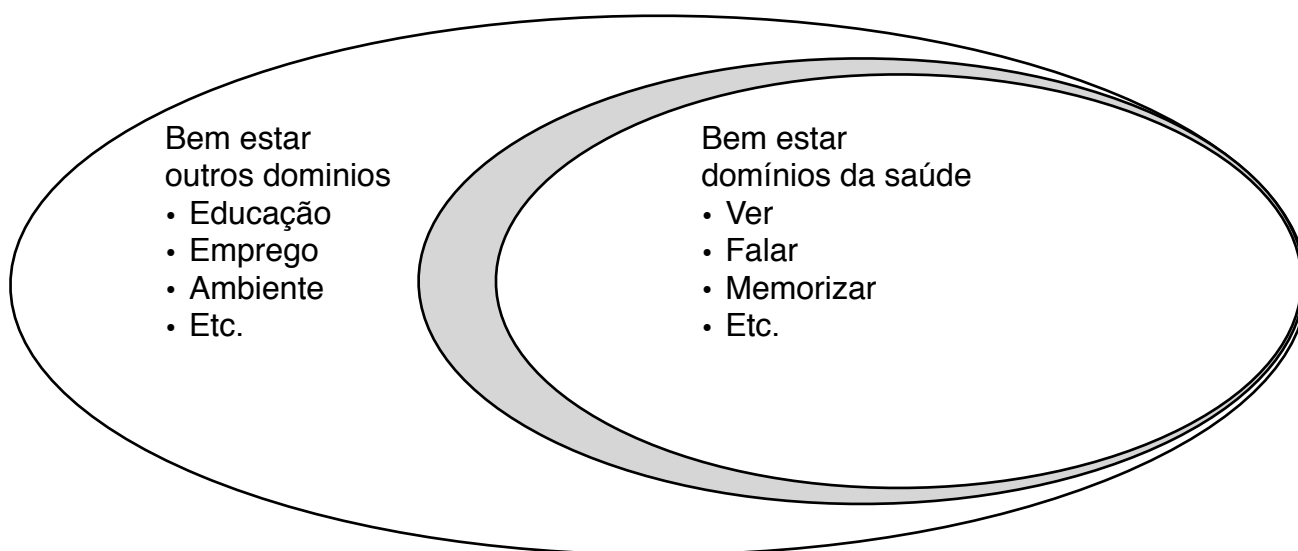


Fig - 2 Universo do bem estar CIF

Fonte: CIF, lisboa 2004

A CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras **b**, **s**, **d** e **e** são utilizadas para indicar Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada).

As categorias da CIF "encaixam-se" de maneira que as categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas. (por exemplo, o Capítulo 4, do componente Actividades e Participação, sobre Mobilidade, inclui subcategorias separadas como ficar de pé, sentar-se, andar, transportar objectos, etc.).

A um qualquer indivíduo pode-lhe ser atribuído uma série de códigos em cada nível. Estes podem ser independentes ou estar inter-relacionados. O uso de qualquer código da CIF pode apresentar vários níveis de detalhe de informação. Por exemplo, no componente actividades e participação, a actividade “lavar-se” (d510) é definido como a capacidade de lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha. Além desta informação, podemos atribuir informação mais detalhada e específica sobre o problema em questão como por exemplo o código d5100 “lavar partes do corpo” referente a capacidade de aplicar água, sabão e outras substâncias a partes do corpo com o objectivo de as limpar, como por exemplo, mãos, cara, pés, cabelo ou unhas. Relativamente ao detalhe de informação possível, podemos atingir, no máximo, o quarto nível de classificação, como por exemplo o código b11421- orientação em relação a outros.

Os códigos da CIF requerem também o uso de um ou mais qualificadores que indicam, por exemplo, a magnitude do nível de saúde ou a gravidade do problema. Estes qualificadores são codificados usando um, dois ou mais dígitos após um ponto. A utilização de qualquer código deve vir acompanhada de, pelo menos, um qualificador. Sem qualificadores, os códigos não têm significado (por definição, a OMS interpreta códigos incompletos como a ausência de problema – xxx.00).

Todos os componentes são quantificados através da mesma escala genérica. Ter um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do constructo. As palavras

de qualificação apropriadas, como se indica nos parênteses abaixo, devem ser escolhidas de acordo com o domínio de classificação relevante.

Esta classificação demonstra ser bastante importante para a prática clínica do fisioterapeuta, uma vez que ela possibilita-o de obter uma descrição e planificação mais cautelosa de acordo com o perfil funcional de cada indivíduo, principalmente em doenças crónicas, que atingem gravemente a capacidade funcional do seu portador (Sampaio, et al., 2005). A perda da capacidade funcional torna-se um agravante para a qualidade de vida do indivíduo, uma vez que esta o torna menos funcional e mais dependente nas atividades da vida diária (Silva, 2010)

A incapacidade funcional pode ser considerada como presença de uma dificuldade no desempenho de algumas actividades quotidianas ou, ate mesmo, a impossibilidade de desempenha-las, limitando as atividades e participação social e comprometendo a qualidade de vida (Silva et al, 2010). Esta qualidade de vida refere-se a um conceito amplo, que engloba os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, níveis sócio-económicos, suporte familiar, valores culturais, éticos e religiosos (Scazzo, 2008).

3 - MATERIAL E MÉTODOS

Na realização deste trabalho, os artigos potencialmente úteis foram obtidos por meio de pesquisa bibliográfica nas plataformas de dados online *Pubmed / MEDLINE; SciELO; Google Academic*, no período de janeiro à Agosto de 2012.

Optou-se por realizar uma pesquisa com os termos *paliative cares, funtionalty, ICF, funtional classification*, de forma individual e em cruzamentos, foram também pesquisados os termos em português *funcionalidade, qualidade de vida, cuidados paliativos e classificação internacional de funcionalidade*.

Da pesquisa efetuada foram obtidos 148 artigos no total, incluíram-se apenas os que estavam relacionados com a avaliação da funcionalidade ou qualidade de vida nos cuidados paliativos, sendo desta forma foram selecionados 42 artigos para integrar este trabalho de projeto quase experimental transversal. Da revisão bibliografica efetuada e dos conhecimentos pessoais do investigador, foram selecionadas as escalas de funcionalidade mais utilizadas em cuidados paliativos, *Katz index of independece in activities of daily living. (ADL); The Lawton instrumentral activities of daily living (LIADL); The barthel index; e The funtional independece measure (FIM)*; cuja posterior conversão em domínios e categorias CIF consistiu no processo elementar neste processo de criação de um ICF *Checklist*. Esta conversão, foi realizada através da análise detalhada dos parâmetros avaliados por estes instrumentos, assim como a sua forma de aplicação, tendo em consideração o que se pretende avaliar em cada um deles e as atividades que necessitam ser executadas para o processo de avaliação.

Para uma melhor compreensão segue-se a descrição das escalas consideradas

Escala de Barthel

Relativamente a escala de Barthel podemos referir que esta procura avaliar o potencial funcional do indivíduo. Esta escala foi validada e adaptada para a população portuguesa em 1995 e 1998 pelos fisioterapeutas Paulo Lima e Ricardo Loução, respectivamente.

Este instrumento avalia a independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas da vida diária: comer; higiene pessoal; uso de sanitários; tomar banho; vestir e despedir; controle esfinteriano; deambular; transferências da cadeira de rodas para a cama e subir e descer escadas (*Mahoney e Barthel, 1965*).

A pontuação varia entre 0 - 100, sendo que a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades da vida diária avaliadas e, a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas.

Índice de Katz

O índice de *Katz* foi criado por Sidney *Katz* em 1963. É um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional. (*Duarte et al., 2007; Hedrick., 1995*). Esta escala foi desenvolvida para mediar a funcionalidade dos indivíduos idosos e doentes crônicos. Atualmente tem sido usada para indicar a severidade da doença crônica e avaliar a eficácia do tratamento. tem sido usada também para fornecer valores preditivos no curso da doença específica (*Katz et al., 1963*).

O índice de *Katz* avalia a independência em seis atividades: vestir-se; lavar-se; utilizar a sanita; mobilizar-se; ser continente e alimentar-se (*Katz et al., 1963*). A classificação baseia-se no número de itens que o paciente é capaz de executar de forma independente. Mas como outros instrumentos, ele não revela as alterações em relação ao grau de dependência e não informa o grau de assistência que o paciente necessita (*Edmans J, 2004*)

Escala de medida de independência funcionalidade (MIF)

A medida de independência funcional foi desenvolvida em 1983 pela Academia e pelo Congresso de Medicina Física de Reabilitação Americano (*Granger et al., 1993*). É um instrumento amplamente utilizado internacionalmente e diferencia-se pela incorporação da avaliação cognitiva, através da comunicação e cognição social. A sua abordagem é verbal, onde o paciente deve responder as questões relacionadas as suas atividades da vida diária, e quando o mesmo se encontra impossibilitado, fica a cargo do seu familiar / cuidador as respostas ao protocolo de avaliação.

A MIF tem como objetivo avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária. (*Paula, JAM. 2007*). Esta série de tarefas é composta por 18 categorias, agrupadas em seis dimensões: auto-

cuidados; controlo dos esfíncteres; transferências; locomoção; comunicação e cognição social. e utiliza uma escala de sete níveis de pontuação, desde um máximo de 126 ponto que representa independência total, e um mínimo de 18, que representa dependência em todas as áreas avaliadas.

Escala Das Actividades Instrumentais Da Vida Diária De Lawton & Brody

A escala de actividades instrumentais da vida diária de *Lawton & Brody* explora um nível mais complexo da funcionalidade (*Bernabei et al., 2000 ; Alves et al, 2007*). esta descreve as actividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase as actividades de comunitária, sendo mais influenciadas cognitivamente.

A escala de actividades instrumentais da vida diária é um instrumento apropriado para avaliar a capacidade de viver de forma independente, avaliando oito funções para as mulheres: capacidade de utilizar o telefone; fazer compras; preparar refeições; cuidar da casa; lavar a roupa; modo de transporte; responsabilidade pela própria medicação e habilidade de lidar com dinheiro, e cinco funções para os homens pois, historicamente, para o homem as funções de preparar alimentos; cuidar da casa e lavar a roupa estão excluídas (*Lawton & Brody, 1969*). A pontuação utilizadas é de 0 (dependente) até 8 (independente) para as mulheres e de 0 - 5 para os homens (*Lawton & Brody, 1969*).

Foi considerada como população de estudo fisioterapeutas que exerçam atividade profissional em cuidados paliativos, sendo apenas este o único critério de inclusão. Os resultados desta conversão foram divulgados e distribuídos por email a amostra, previamente contatada por via telefónica, em forma de pré-teste formado essencialmente por duas partes, a primeira referente aos dados pessoais e a segunda a uma listagem de 35 itens, correspondentes a domínios e categorias CIF, os quais foram avaliados como “pouco relevantes”; “relevantes” ou “muito relevantes”

Os resultados obtidos foram informatizados numa base de dados em Excel versão 12.0 para plataforma Windows 7. Posteriormente a base de dados foi editada para se proceder a uma análise estatística.

4 - RESULTADOS

Após a análise detalhada das escalas selecionadas, foi realizada a conversão dos seus parâmetros de avaliação para domínios e categorias CIF, tendo em consideração as atividades necessárias nos protocolos de avaliação.

A conversão realizada está representada individualmente nas tabelas seguintes:

***Tabela 3 - Conversão Dos Parâmetros das Escalas Para Códigos e Categorias CIF
- Escala de Barthel***

<i>Escala De Barthel</i>	<i>Códigos Correspondentes Da CIF</i>
Higiene Pessoal	d520 - cuidar partes do corpo
Banho	d510 - lavar-se
Alimentação	d550 - comer d560 - beber d570 - cuidar da própria saúde
Toalete	d420 - auto transferência d5301 - Regulação da defecação
Subir escadas	d4551 - Subir/descer
Vestuário	d540 - vestir-se
Controle Esfinteriano (bexiga)	b6202 - continência urinária d5301 - Regulação da defecação
Controle Esfinteriano (intestino)	b5253 - continência fecal d5301 - Regulação da defecação
Deambulação	d450 - andar d455 - deslocar-se
Cadeira de Rodas	d420 - auto transferências d465- deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
Transferências Cadeira/cama	d420 - auto transferências

***Tabela 4 - Conversão Dos Parâmetros das Escalas Para Códigos e Categorias CIF
- Índice de Katz***

<i>Escala Katz</i>	<i>Códigos Correspondentes da CIF</i>
Banho	d510 - lavar-se
Vestir	d540 - vestir-se
Ir à casa de Banho	d420 - auto transferências d5301 - Regulação da defecação
Transferência	d420 - auto transferências
Continência	b6202 - continência urinária b5253 - continência fecal b525 - funções de defecação
Alimentação	d550 - comer d560 - beber

***Tabela 5 - Conversão Dos Parâmetros das Escalas Para Códigos e Categorias CIF
- Escala De Medida De Independência Funcional***

<i>Escala de Medida de Independência Funcional /Códigos Respetivos</i>	<i>Códigos correspondentes da CIF</i>
Alimentação	d550 - comer d560 - beber
Higiene Pessoal	d520 - cuidar partes do corpo
Banho (lavar o corpo)	d510 - lavar-se
Vestir Metade Superior do Corpo	d540 - vestir-se
Vestir Metade Inferior do Corpo	d540 - vestir-se
Utilização Vaso Sanitário	d420 - auto transferência b6202 - continência urinária b5253 - continência fecal d5301 - Regulação da defecação
Controlo Urina	b6202 - continência urinária d5301 - Regulação da micção
Controlo Fezes	b5253 - continência fecal d5301 - Regulação da defecação
Transferência Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	d420 - auto transferência
Transferência ao Vaso Sanitário	d420 - auto transferência
Transferência para banheira ou chuveiro	d420 - auto transferência
Marcha/Cadeira de Rodas	d450 - andar d465 - deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
Escadas	d4551 - subir e descer escadas
Compreensão	d166 - Ler d170 - Escrever d320 - Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual
Expressão	d315 - Comunicar e receber mensagens não verbais d325 - Comunicar e receber mensagens escritas

<i>Escala de Medida de Independência Funcional /Códigos Respetivos</i>	<i>Códigos correspondentes da CIF</i>
Interação Social	d710 - Interações interpessoais básicas d720 - Interações interpessoais Complexas
Resolução de Problemas	d175 - Resolver problemas d177 - tomar decisões
Memória	b144 - funções memória

***Tabela 6 - Conversão Dos Parâmetros das Escalas Para Códigos e Categorias CIF
- Escala Das Atividades Instrumentais Da Vida Diária De Lawton & Brody***

<i>Escala das atividades Instrumentais da Vida diária de Lawton & Brody Códigos Respetivos</i>	<i>Códigos correspondentes da CIF</i>
Capacidade de usar o telefone	d360 - utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação
Compras	d620 - aquisição de bens e serviços
Preparação de alimentos	d630 - preparar refeições
Limpeza	d6401 - limpar a cozinha e os utensílios d402 - Limpar habitação
Lavandaria	d6400 - lavar e secar a roupa
Modo de Transporte	d470 - utilização de transporte d475 - conduzir
Responsabilidade medicamentos próprios	d570 - Cuidar da própria saúde
Capacidade de lidar com as finanças	d860 - transações económicas básicas d865 - transações económicas complexas

Observa-se que apesar de existirem escalas distintas, com objetivos e aplicações diferentes, existem parâmetros de avaliação semelhantes entre elas, como: Banho; Alimentação; Continência e transferências. Para além desta semelhança podemos também verificar que devido aos objectivos de cada escala, assim como ao método de aplicação, estes parâmetros representam códigos CIF distintos. Por exemplo na escala de Barthel o parâmetro da alimentação é traduzido nos códigos d550 - comer; d560 - beber e d570 - cuidar da própria saúde. Enquanto que, por sua vez, no índice de Katz a tradução deste mesmo parâmetro é representada pelos códigos CIF d550 - comer e d560 - beber apenas. Esta disparidade está principalmente relacionada com a forma de aplicação e com as actividades pretendidas em cada parâmetro de avaliação.

Tabela 7 - Frequência dos códigos em relação aos domínios

Domínios	Escalas			
	<i>Escala de Barthel</i>	<i>Índice de Katz</i>	<i>Escala de Medida de Independência Funcional</i>	<i>Escala das Atividades Instrumentais da Vida diária de Lawton & Brody</i>
<i>Funções Corpo</i>				
Funções mentais				b144;
Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino	b5251	b5251; b525	b5251	
Funções Geniturinárias e Reprodutivas	b6202;	b6202;	b6202;	
<i>Atividades e Participação</i>				
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos				d166; d170; d175; d177
Comunicação				d315; d320;d325, d360
Mobilidade	d420; d4551; d450; d455; d465;	d420	d420; d4551; d450; d465	d470; d475
Auto Cuidados	d510; d520; d540; d550; d560; d570, d5301;	d510; d540; d550; d560; d5301	d510; d520; d540; d550; d560; d5301	d570;
Vida Doméstica				d620; d630; d6401; d6402; d6400;
Interações e Relacionamentos Interpessoais				d710; d720; d860; d865

Podemos observar que as escalas abrangem domínios CIF distintos, sendo que a escala de Barthel, o índice de Katz e a MIF incluem os domínios Mobilidade; Auto Cuidados; Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino; Funções genitourinárias e reprodutivas. Por outro lado, a escala de atividade instrumental da vida diária de Lawton & Brody abrangem os domínios Funções mentais; aprendizagem e aplicação de conhecimentos; Interações e relacionamentos interpessoais; Mobilidade; Auto cuidados; Vida doméstica e Comunicação.

É também visível que existe um predomínio generalizado de códigos referentes aos domínios Mobilidade e Auto Cuidados, referentes as quatro escalas selecionadas. Assim como a presença de códigos idênticos em escalas distintas, como é o caso dos códigos d420 - Auto transferências; d5301 - Regulação da defecação; d510 - Lavar-se; d550 - Comer; d560 - Beber; b 5251 - Continência fecal e b6202 - Continência urinária, os quais estão presentes nas escalas de Barthel, MIF e Índice de Katz.

4.1 - Caracterização Da Amostra

Foi considerada como população de estudo fisioterapeutas que exerçam atividade profissional em cuidados paliativos, sendo apenas este o único critério de inclusão.

Os dados pessoais referentes a condição sociodemográfica dos dez fisioterapeutas participantes incluíram o sexo, a idade o tempo a que trabalham em cuidados paliativos e o tempo diário dedicado aos mesmos.

Esta amostra por conveniência apresenta uma media de idades de 27 anos e é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino. (90% da população)

Tabela 8 - Caracterização da amostra de acordo com o sexo.

Sexo	n	%
Feminino	9	90%
Masculino	1	10%
Total	10	100%

Foram incluídos neste estudo 10 Fisioterapeutas maioritariamente do sexo feminino, 90% da população total.

4.2 - Análise Dos Resultados

Relativamente as respostas obtidas no pré-teste, foi elaborado um gráfico que nos permite observar a percentagem de cada hipótese de resposta. Optou-se pela realização de um gráfico de barras verticais para uma melhor interpretação dos resultados.

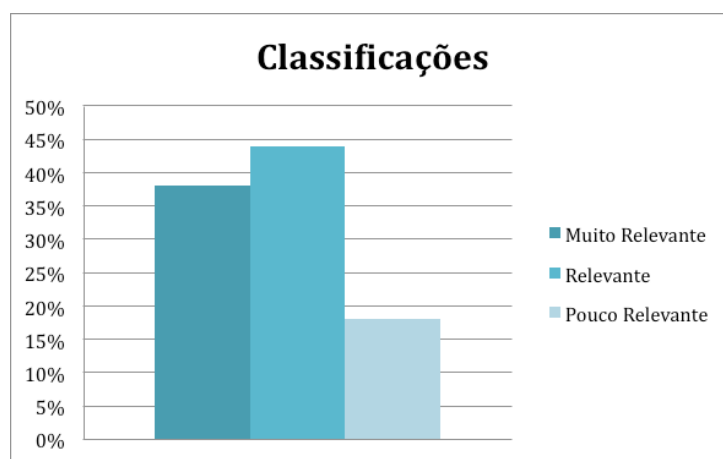


Gráfico 1 - Percentagem das hipóteses de resposta.

Como se pode verificar pela análise do gráfico 1, a resposta “Relevante” foi a que obteve maior frequência, representando 44% do total de respostas dadas, com 6 p.p. (pontos percentuais) de diferença face à resposta “Muito Relevante”. A classificação menos frequente foi a “Pouco Relevante”, com 18%.

Para obter informação mais detalhada no que diz respeito à percentagem da resposta atribuída a cada código, assim como a percentagem de população considerou um determinado código como “pouco relevante”; “relevante” ou “muito relevante”, foi realizado um gráfico distributivo.

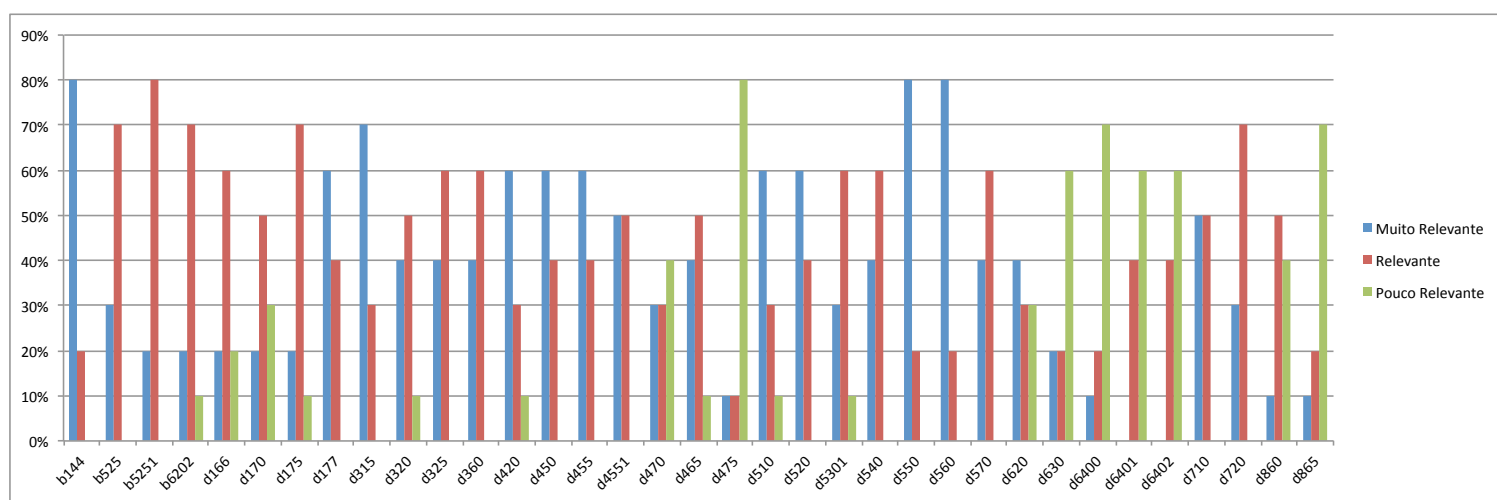


Gráfico 2 - Percentagem das respostas atribuídas a cada código, segundo a sua importância.

O gráfico apresentado permite-nos observar a distribuição da percentagem das respostas obtidas, desta forma verificamos que os códigos b144; d550 e d560 foram considerados muito relevante por 80% da população. Da mesma forma que o código b5253 foi considerado relevante pela mesma percentagem da amostra. Relativamente a classificação pouco relevante apesar de apresentar o código d475 com os mesmos 80%, é também a classificação que apresenta menor número de atribuições (0%). Contrariamente à classificação relevante, que foi atribuída pelo menos uma vez a cada código. Para uma melhor interpretação dos resultados, foi criada a tabela seguinte, que apresenta a percentagem das respostas predominantes relativamente aos 35 códigos considerados.

Tabela 9 - Percentagem da Amostra considerada Válida

Códigos CIF	Amostra correspondente 70% - 80%
b144	80% amostra - muito relevante
b525	70% amostra - relevante
b5253	80% amostra - relevante
b6202	70% amostra - relevante
d175	70% amostra - relevante
d315	70% amostra - muito relevante
d550	80% amostra - muito relevante
d560	80% amostra - muito relevante
d6400	70% amostra - pouco relevante
d720	70% amostra - relevante
d865	70% amostra - pouco relevante

Através da análise da tabela, podemos verificar que os códigos referenciados correspondem a percentagens que permitem a confiabilidade da sua resposta, sendo que para códigos como exemplo do d6400 com uma hipótese de resposta “pouco relevante”, não será considerado na Proposta da ICF checklist.

Tabela 10 - Percentagem da Amostra considerada Ambígua

Códigos CIF	Amostra correspondente 70% - 80%
d166	60% amostra - relevante
d170	50% amostra - relevante
d177	60% amostra - muito relevante
d320	50% amostra - relevante
d325	60% amostra - relevante

Códigos CIF	Amostra correspondente 70% - 80%
d360	60% amostra - relevante
d420	60% amostra - muito relevante
d450	60% amostra - muito relevante
d455	60% amostra - muito relevante
d4551	50% amostra - relevante/ 50% amostra - muito relevante
d470	40% amostra - pouco relevante
d510	60% amostra - muito relevante
d520	60% amostra - muito relevante
d5301	60% amostra - relevante
d540	60% amostra - relevante
d570	60% amostra - relevante
d620	40% amostra - muito relevante
d630	60% amostra - pouco relevante
d6401	60% amostra - pouco relevante
d6402	60% amostra - pouco relevante
d710	50% amostra - relevante/ 50% amostra - muito relevante
d860	50% amostra - relevante

Através da análise da tabela, podemos verificar que os códigos acima referenciados com percentagens respetivas de 40%, 50%, 60%, serão hipóteses de respostas de carácter ambíguo.

Particularmente, existiram dois códigos com uma percentagem de resposta 50% “relevante” e 50% muito relevante, sendo estes d4551 e d710. Não sendo perceptível a sua classificação por parte da amostra, daí o carácter destas respostas serem pouco claras.

Tabela 11 - Proposta de uma ICF Checklist Para a Prática Clínica Do Fisioterapeuta Em Cuidados Paliativos.

Domínios correspondentes da CIF	Categorias correspondentes da CIF	Códigos correspondentes da CIF	Possibilidade de maior detalhe dos códigos
<i>Funções Do Corpo</i>			
Funções Mentais	Funções da memória	b144 ¹	Sim
Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino	Funções de defecação	b525 ²	Sim
	Continência fecal	b5253 ²	Não
Funções Geniturinárias e Reprodutivas	Continência urinária	b6202 ²	Não
<i>Atividades E Participação</i>			
Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos	Ler	d166 ²	Não
	Escrever	d170 ²	Não
	Resolver Problemas	d175 ²	Sim
	Tomar decisões	d177 ¹	Não
Comunicação	Comunicar e receber mensagens não verbais	d315 ¹	Sim
	Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual	d320 ²	Não
	Comunicar e receber mensagens escritas	d325 ²	Não
	Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	d360 ²	Sim
Mobilidade	Auto transferências	d420 ¹	Sim
	Andar	d450 ¹	Sim
	Deslocar-se	d455 ¹	Sim
	Subir/descer escadas	d4551 ^{1,2}	Não

	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	d465 ²	Não
Auto Cuidados	Lavar-se	d510 ¹	Sim
	cuidar partes do corpo	d520 ¹	Sim
	Regulação da defecação	d5301 ²	Não
	Vestir-se	d540 ¹	Sim
	Comer	d550 ¹	Não
	Beber	d560 ¹	Sim
	Cuidar da própria saúde	d570 ²	Não
Vida Doméstica	Aquisição de bens serviços	d620 ¹	Sim
Interações e Relacionamentos e Interpessoais	Interações interpessoais básicas	d710 ^{1,2}	Sim
	Interações interpessoais complexas	d720 ²	Sim
	Transações económicas básicas	d860 ²	Não

Legenda:

¹ códigos considerados muito relevantes

² códigos considerados muito relevantes

^{1,2} códigos que apresentam 50% respostas relevantes e 50% muito relevantes

Na tabela anterior podemos verificar que após exclusão dos itens considerados pouco relevantes temos uma listagem constituída por 28 itens, correspondentes a categorias CIF, que classificam a funcionalidade desde a capacidade de lidar com transações económicas básicas até as funções da memória passando, por exemplo, pelas capacidades de comer, beber, vestir e movimentar-se. Desta forma estão implícitos os domínios CIF de Interações e relacionamentos interpessoais; Vida doméstica; Auto-cuidados; Mobilidade; Comunicação; Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos; Funções Geniturinárias e reprodutivas; Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino; e ainda Funções mentais.

5. DISCUSSÃO:

O objetivo deste trabalho consistiu no processo de realização de uma *ICF checklist* para a prática clínica do fisioterapeuta em cuidados paliativos, utilizando para o efeito uma amostra por conveniência que possui a vantagem de ser fácil de organizar e pouco onerosa. Sendo a amostra utilizada maioritariamente do sexo feminino, 90%, com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos de idade, com média de 27 anos.

Este trabalho apresenta algumas limitações, que devem desde já ser assinaladas. No que diz respeito ao instrumento de avaliação utilizado, que consistiu num pré teste, o que se tornou uma condicionante da dimensão da amostra, pode ser considerada uma limitação, pelo que se propõem a realização deste estudo numa amostra exponencialmente maior, sendo necessário, para o efeito e criação e validação de um instrumento de avaliação diferente, podendo passar por um questionário. com o objetivo de consolidar os resultados obtidos. Assim como a conversão dos parâmetros das escalas em componentes CIF ter sido realizada consoante o conhecimento pessoal do investigador, o que sugere a possibilidade de conversões distintas á medida que o investigador evolui como profissional ou mesmo com a mudança de investigador.

No que diz respeito as escalas seleccionadas na bibliografia, podemos referir que estas constituem sem dúvida um elemento credível no que toca a classificação da funcionalidade e incapacidade. No entanto, comparativamente com a CIF apresentam algumas licitações, tornando-se numa classificação de linguagem mais antiga, com limitações no que diz respeito ausência de parâmetros relacionados com factores ambientais e pessoais, que no Universo CIF estão intrinsecamente relacionados com funcionalidade, incapacidade e bem estar, uma vez que o termo funcionalidade é definido por Farias N. e Buchalla MC. como a capacidade de determinar e executar atividades da vida diária, considerando-se as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Principalmente no âmbito dos cuidados paliativos que são definidos pela OMS como: “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e / ou doença grave (que ameaça a vida), e os seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais

e espirituais.” (ANCP - Organizações de serviços em cuidados paliativos, 2006). No que diz respeito ao resultado obtidos na conversão dos parâmetros verifica-se que apesar de terem sido convertidas escalas diferentes, com objetivos e protocolos de aplicação diferentes, existem parâmetros de avaliação semelhantes entre elas, como Banho; Alimentação; Continência e Transferências, podendo este fato estar relacionado com a definição de funcionalidade considerar as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo. (Farias N., 2005 e Buchalla MC., 2003).

Relativamente as respostas obtidas através da aplicação do pré-teste verificamos que a hipótese de resposta mais frequente foi a hipótese “relevante” com 44% das respostas, seguidamente da hipótese muito relevante com 36% e finalmente a hipótese “não relevante” com 18 pontos percentuais. Podemos realizar também, uma análise do ponto de vista dos códigos distribuídos, através da observação do gráfico 2, onde podemos verificar que os códigos b144 - Funções da memória; d550 - Comer; e d560 - Beber; foram os considerados, pela maioria 80% da população como “muito relevantes”. Seguidos do código d315 - Comunicar e receber mensagens não verbais. que apresenta considerações de “muito relevante” na ordem dos 70%.

Considerando o código b5251, podemos verificar que foi considerado como “relevante” por 80% da população, seguido dos códigos b525 - Funções da defecação; b6202 - Continência urinária; d175 - Resolver Problemas e d720 - Interações interpessoais complexas que foram cotados como relevantes por 70 % da população. No que diz respeito a hipótese de resposta “pouco relevantes”, observamos que o código d475 - Conduzir foi selecionado como tal por 80% da população, seguidos dos códigos d6400 - Lavar e secar a roupa e d865 - Transações económicas complexas que apresentam uma selecção desta hipótese de 70%.

Após análise da listagem correspondente a *checklist* final, deparamo-nos com a ausência de critérios relacionados com a dor, o que por sua vez se torna uma limitação, pois este sintoma apresenta um papel fundamental nos processos de classificação, avaliação e intervenção em cuidados paliativos. Desta forma proponho a realização de uma *checklist* relacionada exclusivamente com a dor.

Com a realização deste trabalho verificamos que a CIF apresenta um novo paradigma na classificação da funcionalidade porque não atribui um “score” ao indivíduo, apresentando sim classificação mais detalhada e minuciosa sobre as suas limitações, dificuldades ou deficiências.

Segundo a classificação internacional de funcionalidade dois indivíduos com a mesma dificuldade ou deficiência podem apresentar funcionalidade diferentes.

Será importante referir que na ICF checklist obtida não temos a presença de fatores ambientais, uma vez que as escalas previamente selecionadas não tinham itens desse caráter. Portanto seria relevante em estudos futuros considerar este fator, uma vez que apresenta, sem dúvida nenhuma, um papel fundamental no âmbito dos Cuidados Paliativos

Não menos importante será constar que não se avaliou as estruturas do corpo uma vez que estas se difundem nas funções corporais, isto é, os domínios presentes nas funções do corpo, são os mesmos comparativamente às estruturas do corpo, sendo estes pouco relevantes para inclusão nos cuidados paliativos.

Em suma podemos afirmar que a CIF veio revolucionar a classificação da funcionalidade e da mesma forma, permitir a uniformização dessa mesma classificação. Os resultados obtidos relativamente a *checklist* demonstram que os domínios mais relevantes na classificação da funcionalidade nos cuidados paliativos são as funções mentais; funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino; funções genitourinárias e reprodutivas; aprendizagem e aplicação de conhecimentos; comunicação; mobilidade; auto-cuidados; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais. O que vem ao encontro do carácter multidisciplinar existente dos cuidados paliativos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a muitos anos que se pretende definir e obter estratégias de avaliação / classificação da funcionalidade e qualidade de vida, principalmente no que diz respeito aos cuidados paliativos cujo objetivo principal passa por promover ambos.

No entanto na prática clínica não é possível a um profissional aplicar todos os itens de avaliação da CIF, pelo que se propôs a realização de uma ICF *checklist* para a prática clínica do fisioterapeuta nos cuidados paliativos, que possa posteriormente ser validada e aplicada.

Segundo os resultados obtidos, a *checklist* consiste numa listagem de 28 itens relacionados com a saúde que incluem os domínios de funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino; funções genitourinárias e reprodutivas; aprendizagem e aplicação de conhecimentos; comunicação; mobilidade; auto-cuidados; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais.

Contudo existem componentes que devem ser incluídos como é o caso dos factores pessoais e ambientais, bem como outros domínios e categorias como por exemplo a dor, o que nos proporcionaria uma classificação mais detalhada e abrangente no que diz respeito a saúde e aos estados relacionados com a saúde.

A realização deste trabalho constituiu para mim um período de franco crescimento pessoal e profissional. Penso ter atingido, com sucesso, os objetivos que inicialmente estabeleci, sendo que, de modo geral, posso concluir que foi uma experiência que nunca irei excluir e desprezar do meu percurso profissional e pessoal, pois hoje a minha visão sobre o saber ser, saber estar, saber respeitar o ser humano como pessoas e não como algo rotulado permite-me a mim mesma valorizar o mais ínfimo do valor partilhar.

BIBLIOGRAFIA

1. *Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Üstün TB.: Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. Disabil Rehabil 2002;*
2. *Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chatterji S, Kostansjek N, Stucki G: ICF core sets development for patients with chronic conditions. J Rehabil Med 2004;*
3. *CHATERJI S, ÜSTUN B, BICKENBACH JE: What is disability after all?, Disabil Rehabil 1999;*
4. *LOLLAR DJ. PUBLIC HEALTH AND DISABILITY: emerging opportunities. Public Health Rep 2002;*
5. 5. MONTEIRO, M. G. F.: Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, R. B. et al. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997
6. *MACIEL, M. G. S.: Definições e princípios. Cuidado paliativo, CREMESP, 1-I, p. 2008;*
7. *CASADO D.: Conceptos sobre la Discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad 2001;*
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidade e Desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa; 1989
9. *ÜSTUN TB: THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH: a common framework for describing health states. In: Murray CJL, Solomon JA, Mathers CD, Lopez AD, editors. Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications. Geneva: WHO; 2002*
10. SAMPAIO, R.F. LUZ M.T.: funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da Classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde. Cad. Saúde Pública. Belo Horizonte - MG: Universidade Federal de Minas Gerais, Março, 2009

11. SILVA, T.O. ET AL.: Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. Revista Brasileira de Clínica Médica. Santos - SP: Centro universitário Lusiada, Set/Out. 2010
12. DUARTE, Y. ANDRADE, C. , & LEBRÃO, M.: O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade em idosos. Revista da escola de Enfermagem da USP, 2007
13. KATZ S., FORD, A., MOSKOWITZ, R., JACKSON, B.,& JAFFE, M.: *Studies of Illness in the age. The Index of ADL: a standandized measure of biological and psychosocial funtion. SAMA, 1963*
14. EDMANS J, CHAMPION A, HILL L, RIDLEY M, SKELLY F, JACKSON T, NEALE M. : *Terapia Ocupacional e Derrame Cerebral. São Paulo: Santos; 2004*
15. GRANGER C.V ET AL.: *Performance profiles of the functional independence measure. American jornal of Physician Medicine Rehabilitation, 1993.*
16. LIANZA S, PAVAN K, ROSSETTO R, MEKARU D, WOJCIECHOWSKI.: Avaliação da incapacidade. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
17. BRITO CMM.: Anamnese do Paciente Incapacitado, Pg 128. In: Greve JMA. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca; 2007.
18. RIBERTO M, MIYAZAKI MH, JUCÁ SSH, SAKAMOTO H, PINTO PPN, BATTISTELLA LR. : *Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. Acta Fisiatrica, 2004*
19. *GUIDE FOR THE UNIFORM DATA SET FOR MEDICAL REHABILITATION (ADULT FILM VERSION 4.0) BUFFALO: State University of New York, Buffalo/ U.B.Foundation Activies, 1993.*
20. MATHIOWETZ V, BASS-HAUGEN J.: Avaliando Habilidades e Capacidades: O comportamento motor. In: Trombly CA, Radomski MV. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. 5ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2005
21. Bang GSS.: Análise do atendimento concentrado de espasticidade. Método de *tratamento da espasticidade. São Paulo, 2004*

22. PAULA, JAM.: Avaliação Funcional. In: Greve JMA. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca; 2007
23. FINGER JAO.: Terapia Ocupacional. São Paulo: Sarvier; 1986.
24. BERNABEI, R., VENTUREIRO, V., TANSITANI, P. & GAMBASSI, G.: *The Comprehensive geriatric assessment: When, Where, how. Critical reviews in oncology/hematology*, 2002
25. ALVES, L.C., LEIMANN, N. C., VASCONCELOS, M. E., CARVALHO, M.S., VASCONCELOS, A. G., FONSECA, T.C., ET AL.: A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2007
26. LAWTON, M. P., & BRODY, E. M.: *Assessment of older people: Selfmaintaining and Instrumental activities of daily living. The Gerontologist*, 1969.
27. MAHONEY FI, BARTHEL DW.: *Functional evaluation: The Barthel index. Maryland State Medical Journal. February*, 1965
28. BERNABEI, R., VENTUREIRO, V., TANSITANI, P. & GAMBASSI, G.: *The Comprehensive geriatric assessment: When, Where, how. Critical reviews in oncology/hematology*, 2002
29. ALVES, L.C., LEIMANN, N. C., VASCONCELOS, M. E., CARVALHO, M.S., VASCONCELOS, A. G., FONSECA, T.C., ET AL.: A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2007
30. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2):187-93

ANEXO 8

Anexo 8.1

Autorização para participação no estudo distribuída aos fisioterapeutas

FACULDADE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO
MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM CUIDADOS
PALIATIVOS:
PROCESSO DE CRIAÇÃO DE UMA *ICF CHECKLIST* PARA A
PRÁTICA CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA”**

V. Exma. Está convidado(a) a participar neste questionário anónimo que faz parte da recolha de dados da pesquisa “Avaliação da Funcionalidade em Cuidados Paliativos: Processo de criação de uma *ICF checklist* para a prática clínica do fisioterapeuta”.

Responsabilidade da pesquisadora Terapeuta Tânia Sousa da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Caso concorde em participar na pesquisa leia com atenção os seguintes parâmetros:

- a) Pode deixar de participar na pesquisa sem qualquer justificação necessária;
- b) A sua identidade será mantida em sigilo;
- c) Caso pretenda poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar o seu consentimento em participar na pesquisa.

Aceito participar no estudo acima referido, _____

Assinatura.

Explicação breve sobre o procedimento, distribuída aos fisioterapeutas.

Tania Santos Sousa
Rua padre José Inácio
4505-686 Caldas de Sao Jorge
Portugal

Exmo(a) Sr.(a) Fisioterapeuta

O meu nome é Tânia Sousa, licenciada em fisioterapia, encontro-me neste momento a finalizar o mestrado em cuidados paliativos na Faculdade de medicina e universidade do Porto (FMUP).

No âmbito deste mestrado solicito a vossa compreensão e atenção para a tese que estou a elaborar e para o qual a vossa colaboração é fundamental.

Esta tese consiste no processo de criação de uma *ICF checklist* para utilização na prática clínica do fisioterapeuta nos cuidados paliativos.

Este trabalho teve início através de uma revisão bibliografia da qual foi feita uma selecção das escalas mais frequentes na prática clínica do fisioterapeuta em cuidados paliativos, posteriormente traduziram-se os parâmetros avaliados nas diferentes escalas para domínios e categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (ICF), os quais formam a lista que vos envio, como forma de pré-teste com o objetivo de serem avaliados por peritos e classificados segundo a sua relevância, podendo vir a obter assim uma lista simplificada e objetiva dos domínios e categorias mais importantes para a prática clínica do fisioterapeuta em Cuidados Paliativos

Toda a informação recolhida é confidencial e da minha inteira responsabilidade, sendo destinada apenas e só para a realização do estudo em questão.

Caso seja do vosso interesse os resultados deste trabalho poderão ser-vos partilhados.

Atentamente, sem mais assunto de momento,

Tânia Santos Sousa.

Lista- “Avaliação da Funcionalidade em Cuidados Paliativos: Processo Criação de uma *ICF Checklist* para a Prática Clínica do Fisioterapeuta”



**FACULDADE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM CUIDADOS
PALIATIVOS:
PROCESSO DE CRIAÇÃO DE UMA *ICF CHECKLIST* PARA A
PRÁTICA CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA”**

Dados Pessoais:

Idade _____

Sexo _____

Tempo que trabalha em Cuidados Paliativos _____

Tempo que dedica aos Cuidados Paliativos _____

Domínios correspondentes da CIF	Categorias correspondentes da CIF	Códigos correspondentes da CIF	Possibilidade de maior detalhe dos códigos	Pouco Relevante	Relevante	Muito Relevante
<i>Funções Do Corpo</i>						
Funções Mentais	funções memória	b144 ¹	Sim			
Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino	Funções de defecação	b525 ¹	Sim			
	Continência fecal	b5253 ⁴	Não			

Funções Geniturinárias e Reprodutivas	Continência urinária	b6202 ⁴	Não			
Atividades E Participação						
Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos	Ler	d166 ¹	Não			
	Escrever	d170 ¹	Não			
	Resolver Problemas	d175 ¹	Sim			
	Tomar decisões	d177 ¹	Não			
Comunicação	Comunicar e receber mensagens não verbais	d315 ¹	Sim			
	Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual	d320 ¹	Não			
	Comunicar e receber mensagens escritas	d325 ¹	Não			
	Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	d360 ¹	Sim			
Mobilidade	Auto transferências	d420 ⁹	Sim			
	Andar	d450 ²	Sim			
	Deslocar-se	d455 ¹	Sim			
	Subir/descer escadas	d4551 ²	Não			
	Utilização de transporte	d470 ¹	Sim			
	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	d465 ²	Não			
	Conduzir	d475 ¹	Sim			

Auto Cuidados	Lavar-se	d510 ³	Sim			
	cuidar partes do corpo	d520 ²	Sim			
	Regulação da defecação	d5301 ⁷	Não			
	Vestir-se	d540 ⁴	Sim			
	Comer	d550 ³	Não			
	Beber	d560 ³	Sim			
	Cuidar da própria saúde	d570 ²	Não			
Vida Doméstica	Aquisição de bens serviços	d620 ¹	Sim			
	Preparar refeições	d630 ¹	Sim			
	Lavar e secar roupa	d6400 ¹	Não			
	limpar a cozinha e os utensílios	d6401 ¹	Não			
	Limpar habitação	d6402 ¹	Não			
Interações e Relacionamentos e Interpessoais	Interações interpessoais básicas	d710 ¹	Sim			
	Interações interpessoais complexas	d720 ¹	Sim			
	Transações económicas básicas	d860 ¹	Não			
	Transações económicas complexas	d865 ¹	Não			

Legenda:

¹ códigos que se repetem apenas uma vez

² códigos que se repetem duas vezes

³ códigos que se repetem três vezes

⁴ códigos que se repetem quatro vezes

⁷ códigos que se repetem sete vezes

⁹ códigos que se repetem nove vezes

Após ter classificado os itens anteriores, queira por favor, caso considere pertinente, acrescentar mais algum item correspondente a um Domínio; Categoria ou Código CIF, que não esteja presente:

Anexo 8.2

Tabela 9 - Proposta de uma ICF Checklist Para a Prática Clínica Do Fisioterapeuta Em Cuidados Paliativos.

Domínios correspondentes da CIF	Categorias correspondentes da CIF	Códigos correspondentes da CIF	Possibilidade de maior detalhe dos códigos
<i>Funções Do Corpo</i>			
Funções Mentais	Funções da memória	b144 ¹	Sim
Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino	Funções de defecação	b525 ²	Sim
	Continência fecal	b5253 ²	Não
Funções Geniturinárias e Reprodutivas	Continência urinária	b6202 ²	Não
<i>Atividades E Participação</i>			
Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos	Ler	d166 ²	Não
	Escrever	d170 ²	Não
	Resolver Problemas	d175 ²	Sim
	Tomar decisões	d177 ¹	Não
Comunicação	Comunicar e receber mensagens não verbais	d315 ¹	Sim
	Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual	d320 ²	Não
	Comunicar e receber mensagens escritas	d325 ²	Não
	Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	d360 ²	Sim
Mobilidade	Auto transferências	d420 ¹	Sim
	Andar	d450 ¹	Sim

	Deslocar-se	d455 ¹	Sim
	Subir/descer escadas	d4551 ^{1,2}	Não
	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	d465 ²	Não
Auto Cuidados	Lavar-se	d510 ¹	Sim
	cuidar partes do corpo	d520 ¹	Sim
	Regulação da defecação	d5301 ²	Não
	Vestir-se	d540 ¹	Sim
	Comer	d550 ¹	Não
	Beber	d560 ¹	Sim
	Cuidar da própria saúde	d570 ²	Não
Vida Doméstica	Aquisição de bens serviços	d620 ¹	Sim
Interações e Relacionamentos e Interpessoais	Interações interpessoais básicas	d710 ^{1,2}	Sim
	Interações interpessoais complexas	d720 ²	Sim
	Transações económicas básicas	d860 ²	Não

Legenda:

¹ códigos considerados muito relevantes

² códigos considerados muito relevantes

^{1,2} códigos que apresentam 50% respostas relevantes e 50% muito relevantes